Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534907_0121

18

LES PAROTIDITES

POST-OPÉRATOIRES

REVUE GÉNÉRALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le mercredi 23 décembre 1908

ACAD.
LOCULBAT
BIBL.

PAR

PASQUALINI Félix-Antoine

Né à Campile (Corse), le 27 juillet 1847

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUS
Rue Vieille-Intendance, 5

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN.
SARDA. ..... ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET) (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. F. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, profes.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires..	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
VALLOIS, *professeur.*	LEENHARDT, *agrégé.*

La faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES REGRETTÉS PARENTS

Souvenir de toute mon affection.

A MA FEMME

A MA FILLE

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

MEIS ET AMICIS

F.-A. PASQUALINI.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Docteur TÉDENAT

Professeur de clinique chirurgicale, chevalier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Docteur VALLOIS

Professeur de clinique obstétricale

A Monsieur le Docteur SOUBEYRAN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

A Monsieur le Docteur LEENHARDT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

F.-A. PASQUALINI.

AVANT-PROPOS

Au moment d'accomplir notre dernier acte de scolarité, notre devoir est de remercier les maîtres qui, au cours de nos études à la Faculté ou dans les Hôpitaux, nous ont donné leur enseignement, témoigné leur bienveillance. Envers certains d'entre eux nous avons contracté une dette de reconnaissance particulière.

M. le Professeur Tédenat, dont nous suivons depuis quelque temps, avec plaisir et intérêt, le service chirurgical à l'Hôpital-Suburbain, se montra toujours pour nous un maître attentif et bienveillant. Nous n'aurons garde d'oublier, pour cet éminent maître, notre profonde gratitude, et ses leçons resteront toujours gravées dans notre mémoire.

M. le Professeur Vallois nous fit très bon accueil dans sa clinique obstétricale ; nous pûmes ainsi satisfaire notre désir de travail et profiter de son enseignement. Nous sommes heureux de le remercier aujourd'hui et de lui conserver tout le témoignage de notre reconnaissance.

Nous tenons aussi à témoigner toute notre sympathie et à adresser nos sincères remerciements à M. le Professeur agrégé Soubeyran, qui fut notre premier guide dans l'enseignement de la médecine opératoire et nous donna toujours de bons conseils.

M. le Professseur agrégé Léenhardt nous a témoigné toute sa bienveillance. Nous le prions d'agréer nos sentiments de vive reconnaissance.

Que M. le Professeur agrégé Cousin, et M. le Professeur agrégé

Imbert, aujourd'hui à l'Ecole de Médecine de Marseille, que nous connûmes, en diverses circonstances, si dévoués pour nous ou pour tous, veuillent bien recevoir, avec nos remerciements, l'assurance de notre gratitude.

Nous ne voulons pas oublier non plus ceux qui, pendant notre séjour à Montpellier, se sont montrés prévenants à notre égard et nous ont rendu à la fois plus facile et plus agréable notre arrière-saison d'étudiant. Nous voulons remercier MM. les Docteurs Guiraud, Euzière, P. Delmas et M. Rives, interne des Hôpitaux.

F.-A. Pasqualini.

INTRODUCTION

Quand après une intervention chirurgicale, le patient dûment pansé est ramené à son lit, le rôle du chirurgien n'est pas terminé, tant s'en faut. Une tâche plus ingrate, peu brillante, s'impose alors à lui : jour après jour il devra veiller avec un soin minutieux, un souci du détail, une attention de tous les instants à la possibilité de l'éclosion d'un de ces incidents si variés et si multiples qui peuvent suivre une opération, il doit s'en représenter les conditions afin de les éviter dans la mesure du possible, en connaître les moyens prophylactiques s'il y a lieu, les procédés curatifs et réparatifs s'il n'a pu s'opposer à leur production. La période dite post-opératoire se marque, en effet, par une facilité déplorable des complications de tous ordres : mécaniques comme l'embolie, septiques et infectieux comme la septicémie, l'érysipèle chirurgical, ou les manifestations inflammatoires localisées. Dans ce champ si vaste de l'état post-opératoire, dans le groupe d'ailleurs disparate et numériquement si riche des complications possibles, il nous a paru intéressant d'isoler en une sorte de monographie l'une de ces complications, de réunir en un seul travail d'ensemble la plupart des notions à retenir à son sujet, éparses dans de multiples travaux de façon à en rendre la compréhension plus rapide et plus facile : et de consacrer ainsi notre travail inaugural à l'étude des parotidites post-opératoires. Le sujet nous a paru peu banal, les travaux qu'il a

provoqués ne sont pas extrêmement nombreux ; et notre travail sera la première des thèses de notre Faculté, croyons-nous, où ce sujet sera abordé.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter sur cette question beaucoup de points de vue originaux et inédits ; comme on le verra par la suite, il paraît réservé à l'expérimentation plus encore qu'à la clinique de faire la lumière sur les points qui restent encore dans l'ombre au cours de l'étude de la parotidite post-opératoire. Il nous eût été difficile de trouver les loisirs nécessaires à cette étude expérimentale et nous avons dû nous en tenir à un travail plus modeste de bibliographie et de mise au point.

Notre tâche a été facilitée par l'obligeance de M. le professeur-agrégé Soubeyran, et de M. A. Rives, interne des hôpitaux ; celui-ci a mis à notre disposition la riche moisson de documents qu'il avait accumulés sur la question qui nous intéresse à l'occasion d'une revue générale qu'il écrivit dans la *Gazette des Hôpitaux* (1) ; l'un et l'autre, par l'article qu'ils ont publié dans les *Archives générales de Chirurgie* (2), nous ont été des plus utiles pour nous éviter la longue recherche des observations disséminées dans les journaux médicaux des trente dernières années. Toutes les citations d'observations que nous ferons seront prises au texte de ce dernier article, où elles sont généralement résumées d'après le texte original dont nous donnerons l'indication bibliographique.

Quel sera le plan de notre travail ? Après un exposé sommaire de l'historique des recherches portant sur les parotidites post-opératoires, nous chercherons à établir comment se pose la question de ces parotidites, c'est-à-dire leur défini-

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 20 juin 1908.

(2) *Archives générales de Chirurgie*, mai 1908.

tion, la délimitation du sujet et son extension. Cela nous conduira à l'étude de l'étiologie de cette complication ; aux considérations cliniques qu'elle évoque : symptomatologie, pronostic, diagnostic ; aux recherches de laboratoire qu'elle nécessite : anatomo-pathologiques, bactériologiques. Un gros chapitre sera nécessaire pour l'examen de la pathogénie de l'affection qui nous occupe, pathogénie sur laquelle les théoriciens se sont donnés libre carrière, peut-être quelquefois avec plus d'imagination que de sens critique, avec plus d'*à priori* que de simplicité. Tout cela serait stérile si nous n'étions conduit à formuler dans un dernier chapitre les conclusions thérapeutiques à tirer de ce qui précède et nous aurons successivement à nous occuper de la prophylaxie, puis du traitement des parotidites post-opératoires.

LES

PAROTIDITES POST-OPÉRATOIRES

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les parotidites post-opératoires ne paraissent intéresser les chirurgiens que depuis une époque relativement récente. Nous n'avons pas rencontré d'observations antérieures aux trente dernières années. Il nous a paru que pour la première fois mention en a été faite par Moricke.

Ce chirurgien publia, en 1881, une série de cinq cas, très analogues les uns aux autres, qui avaient été observés, à peu d'intervalle, chez des femmes ayant subi l'ovariotomie pour kyste de l'ovaire. La statistique de l'auteur, à cette époque, portait sur deux cents cas d'ovariotomie.

En 1885, Goodell apporte à l'*American gynæcology Society* cinq observations, sa communication provoqua une discussion dans laquelle dix cas nouveaux furent rapportés. Le *Médical Times and Gazette* en donna le compte rendu.

En 1886, S. Paget publia deux articles successifs dans *The Lancet*, dont le second : *Secondary Inflammation of Paro-*

titis résume sommairement une centaine de cas, quelques-uns personnels, pour la plupart inédits. Parmi ces cent cas, il en est un nombre important de post-opératoires. Les autres sont des porotidites secondaires d'ordre médical, dont nous n'avons pas à tenir compte, sinon au point de vue analogique.

En France, le premier travail d'ensemble sur la question est une thèse, celle de Benoit; elle est soutenue à Paris, en 1902; la question des parotidites secondaires médicales, non post-opératoires, avait, à cette époque, été déjà le sujet d'un grand nombre de travaux.

L'attention a été attirée plus récemment sur ce sujet par les discussions dont il a été l'objet à la Société de chirurgie de Lyon, en premier lieu (communication de Condamin, 1903), à la Société chirurgicale de Paris, en second lieu (Morestin, octobre 1907). Chaque fois la communication a été suivie de discussions intéressantes et les chirurgiens présents ont signalé ces quelques cas de leur pratique qu'ils n'auraient peut-être pas songé à mettre au jour sans cela.

Deux thèses encore ont envisagé la question, celle de Pellé (Bordeaux 1906-1907) recherche les relations que la parotidite post-opératoire présente ou peut présenter avec les laparotomies; celle de Morel (Paris 1907-1908) est une étude plus personnelle appuyée de 17 cas inédits observés par l'auteur, et de recherches expérimentales ingénieusement combinées.

Un groupement général de toutes les observations publiées jusqu'à ce jour se trouve dans un article de MM. Soubeyran et Rives *Archives générales de Chirurgie*, mai 1908), avec les considérations cliniques et pathogéniques qu'on peut tirer de 90 cas dont 6 sont inédits. Enfin M. Rives à réuni en une revue générale publiée par la *Gazette des Hôpitaux*

20 juin 1908) tout ce qu'il est intéressant de connaître sur la question.

C'est appuyé sur tous ces travaux antérieurs que nous allons reprendre l'étude des parotidites post opératoires, guidé par le désir d'être utile en mettant en relief ce qui mérite spécialement d'être retenu, et plus sobre de détails sur ce qui n'est que satisfaction intellectuelle ou désir de nouveauté.

Les traités classiques ne s'occupent guère des parotidites post-opératoires. Les uns n'y font aucune allusion, d'autres se bornent à indiquer leur possibilité, ils citent le nom de Moricke, celui de Paget, et insistent sur leur minime importance, numériquement ils ont raison, mais l'importance d'une question ne se mesure pas toujours au nombre de cas publiées.

Ceux-ci d'ailleurs sont, nous en avons l'impression, en grande minorité si on les compare au nombre de cas observés, mais on n'a pas attaché assez d'importance pour les publier, et aussi de cas sur lesquels l'attention du chirurgien ne s'est pas arrêté, certaines manifestations étant si minimes qu'il est excusable de les avoir laissé échapper.

CHAPITRE II

Position de la question

Le fait initial, point de défaut de notre thèse, est le suivant : on voit survenir parfois, dans les jours qui suivent une intervention chirurgicale, une inflammation plus ou moins marquée qui atteint les glandes parotides soit exclusivement, soit, ce qui est rare, conjointement avec les autres glandes salivaires. A prendre les mots dans leur sens strict, il y a là parotidite post-opératoire. Mais il convient aussitôt de remarquer que dans le langage médical courant, cette expression éveille une idée non seulement chronologique, mais encore étiologique. A l'ouïe de cette expression, parotidite post-opératoire, nous pensons immédiatement que cette inflammation non seulement succède dans le temps à l'intervention opératoire, ce qui est le sens étroit, mais encore qu'elle y trouve sa raison d'être, qu'elle lui est rattachée par un lien de causalité, et que si la parotidite succède à l'opération, c'est que l'opération la provoque.

Il y a donc, dans l'épithète de post-opératoire, une sorte d'intention étiologique dont il est nécessaire de tenir compte. En effet, la pathogénie de cette affectation n'étant pas entièrement élucidée dans tous ses points, il importe, pour bien se reconnaître au milieu des opinions disparates et difficiles à concilier, de savoir exactement comment la question se pose, et en particulier de savoir s'il faut réunir dans une commune étude tous les cas de parotidite secondaire à une opération.

Les parotidites secondaires, médicales ou chirurgicales, se rencontrent comme complications d'états complexes où plusieurs éléments étiologiques se combinent et jouent leur rôle d'une façon associée. Ces facteurs ont une importance très inégale, mais quelquefois difficile à préciser ; d'autre part, ils s'associent de façon très variable.

Dans le cas particulier de la parotidite secondaire à une opération, il y a un facteur dont il importe de tenir un grand compte, c'est la notion d'infection post-opératoire, infection générale dont la parotidite ne serait qu'une localisation. C'est en partant de ce point de vue que Morel (1) se refuse à admettre dans son étude les cas où il y a eu phénomènes inflammatoires. « De ces parotidites post-opératoires, dit-il, observées en dehors de tout autre phénomène inflammatoire voisin ou distant, local ou généralisé — cliniquement appréciable — nous présentons l'étude (page 1). C'est donc poser en principe que la parotidite post-opératoire, étudiée par lui, est nettement distincte de la parotidite secondaire à une infection.

Or, il nous semble qu'il y a là un *à priori* tendancieux, ou une limitation arbitraire. Quand on part à la recherche d'une explication pathogénique, et c'est le cas de Morel, il ne faut pas écarter par avance tous les cas susceptibles de mal cadrer avec l'explication que l'on projette, car alors c'est mettre les faits au service d'une idée préconçue, au lieu de déduire des faits les éléments communs pour en édifier la théorie.

MM. Soubeyran et Rives ont, au contraire, pris les faits dans leur ensemble, tels qu'ils étaient donnés et c'est sur cet ensemble de matériaux qu'ils se sont demandé si une classification était nécessaire, divisant en plusieurs groupes distincts

---

(1) Morel. *Thèse de Paris*, 1907-1908, n° 51.

les faits observés, ou si une notion générale pouvait, dans sa large compréhension, les englober tous dans une même interprétation.

Plusieurs raisons militent en faveur de cette manière de voir :

a) La parotidite observée chez un sujet infecté à la suite d'une opération n'est pas essentiellement distincte de celle que présente un opéré cliniquement non infecté ; il y a donc, entre les deux, des points dont la comparaison peut être fort utile.

b) Le contrôle *bactériologique* de l'asepsie d'une opération ne se fait pas, et nous savons qu'entre le point de vue clinique et le point de vue bactériologique, il y a en chirurgie un grand espace. On ne nous contredira pas si nous disons qu'il y a des cas d'opérations cliniquement aseptiques où la bactériologie trouverait des microbes entre les lèvres de la plaie. Si atténuée que soit cette infection, qui peut affirmer qu'elle ne joue aucun rôle dans l'apparition de la parotidite ? Ces cas-là Morel les aurait acceptés dans son étude, rigoureusement parlant il aurait dû les éliminer.

c) L'existence d'une infection avérée chez l'opéré, que cette infection soit antérieure ou postérieure à l'opération n'implique pas que la parotidite soit secondaire à cette infection. Le processus parotitique peut évoluer *indépendamment* de l'infection à distance, cela a été démontré pour certains cas; donc, dans ces cas, l'existence d'un foyer inflammatoire distant ne présentait aucune importance pathogénique pour la production de la parotidite ; celle-ci évoluait comme chez un sujet resté sans infection, elle était post-opératoire dans le sens restreint que lui donne Morel et non point infectieuse.

Toute une gamme de transitions se rencontre ainsi depuis la parotidite qui succède à une ovariotomie cliniquement aseptique jusqu'à la parotidite médicale que détermine une

fièvre typhoïde ; si les extrêmes sont nettement distincts et se classent d'eux-mêmes dans des groupes différents, il n'en est pas moins vrai que pour les intermédiaires il n'en est plus de même. Supposons par exemple qu'une parotidite succède à l'incision d'un flegmon urineux, n'est-il pas légitime de rattacher son éclosion à l'infection urineuse qui tenait notre malade? mais d'autre part la raison occasionnelle n'a-t-elle pas été notre intervention? Je sais bien qu'un urinaire infecté peut d'emblée, sans opération, faire une parotidite secondaire, cependant ne suis-je pas en droit d'incriminer mon intervention non pas suffisante ni nécessaire, mais enfin peut-être agissante ; et c'est la possibilité de cette action qu'il est indispensable d'élucider.

Donc, selon nous, le fait de succéder à une opération est pour la parotidite une raison suffisante pour que nous l'examinions dans ce travail ; c'est le lieu commun qui rattache les observations les unes aux autres, nous serons conduit à en déterminer la valeur.

CHAPITRE III

Etiologie

Le terme de post-opératoire semble indiquer *à priori* que l'acte opératoire est le facteur essentiel de la production des parotidites que nous envisageons, or, ilest facile de se rendre compte que cette étiologie univoque et simpliste ne répond pas à la réalité des choses. Autre qu'elle demande à être éclaircie par des explications surajoutées, elle laisserait de côté un certain nombre de faits, d'éléments qui ont certainement un rôle dans la production de la parotidite post-opératoire. Ces diverses circonstances étiologiques doivent donc être envisagées séparément et leur rôle être successivement déterminé.

Elles se groupent en deux classes : celles qui tiennent à l'opération, celles qui tiennent à l'opéré.

§ 1.

Le traumatisme opératoire. — Nécessairement présent dans toutes les observations, puisque c'est lui qui les différencie des diverses autres parotidites, il n'est pas démontré que son rôle soit prépondérant : il est difficile d'expliquer, en effet, une action directe de ce traumatisme sur l'apparition d'une parotidite. D'autre part, le fait de son origine chirurgicale ne lui donne pas des propriétés spéciales relativement à

ses complications à distance, et ce qui le prouve, c'est l'existence de traumatismes simples, accidentels, non accompagnés de manœuvres chirurgicales et dont les suites ont été compliquées par l'apparition d'une parotidite.

Observation I. (Dittrich, *cité par Claisse et Dupré, Soc. de Biologie, 1894.*)

Un homme de 50 ans présente un état grave avec fièvre élevée à la suite de traumatismes multiples du tronc et des membres. Le sixième jour, la température s'élève encore et il se produit une parotidite droite suppurée. Au onzième jour, le malade meurt du fait de ses lésions traumatiques. A l'autopsie : parotidite canaliculaire avec staphylocoques.

Observation II. (François Franck, *in thèse Morel, p. 58*).

Un jeune homme reçoit un coup de pied de cheval au niveau du testicule gauche. Lésions superficielles et minimes. Au sixième jour, parotidite gauche qui se termine par la suppuration.

Bilrotte avait rapporté une observation analogue (1). Il y a dans ces faits un argument en faveur de la non spécificité des parotidites post-opératoires : le traumatisme chirurgical se comporte comme tout autre traumatisme pourrait le faire, toutes choses égales d'ailleurs.

La nature de l'acte opératoire, la région du corps sur laquelle il a porté, paraissent jouer un rôle incontestable sur l'apparition de la parotidite. Les interventions pour affections

(1) Cité par S. Paget, *The Lancet*, 17 avril 1886.

des organes abdominaux sont de beaucoup en majorité à ce point de vue. La statistique donne les chiffres suivants :

Opérations dans le domaine péritonéal...	88
En dehors du péritoine	8

Les 88 cas de parotidites consécutives à des opérations, dans le domaine péritonéal, se décomposent ainsi :

Ovariotomies	26
Autres opérations gynécologiques.....	25
Opérations non gynécologiques.....	37

Donc, si les parotidites peuvent s'observer après une intervention abdominale en dehors de la sphère génitale, elles sont beaucoup plus fréquentes après intervention sur les organes génitaux. Morel ajoute de plus, d'après sa statistique, que les interventions sur l'utérus seul sont beaucoup moins souvent suivies de parotidite que si les ovaires sont intéressés.

Ces faits indéniables avaient beaucoup frappé les premiers observateurs et ceux-ci avaient cherché à les expliquer par des théories pathogéniques appropriées ; c'est ainsi que nous voyons les faits classés sous les titres de : Parotidites et Ovariotomies, Parotidites à la suite d'interventions abdomino-pelviennes, Parotidites et Laparotomies. Il ne faut pas cependant oublier les cas ou l'acte opératoire porta en dehors du péritoine, il faudra y songer pour choisir une théorie explicatrice satisfaisante.

Un fait est curieux à noter cependant, c'est que dans aucun cas la parotidite ne fut consécutive à une opération portant sur le crâne ou la face; on ne peut donc, dans aucun cas, invoquer le transport d'une infection par continuité de tissus. D'après Morel et suivant son procédé systématique d'élimination des cas où il eût infection, aucun cas ne serait non plus consécutif à une opération sur le thorax ou sur les membres. En

voici cependant un (traumatique il est vrai et non opératoire) publié depuis la thèse de Morel.

Observation III. (Mauclaire. *In article de Soubeyran et Rives, loco citato N° III*). — *Plaie pénétrante de poitrine. Parotidite consécutive.*

L. A..., 23 ans, entrée à Dubois, le 27 janvier 1907, pour blessure par balle de revolver. La balle, de 6 millimètres de calibre, a pénétré à 5 centimètres au-dessous du sein gauche. Dyspnée immédiate. Il se fit un léger épanchement pleural qui augmenta et atteignait la pointe de l'omoplate le 10 février. Les bruits du cœur sont normaux. Pas d'épanchement péricardique.

Le 1er février : douleur en arrière de la branche montante gauche du maxillaire inférieur. Léger trismus. On constate une légère tuméfaction de la région parotidienne augmentant pendant 4 jours et accompagnée de douleur vive à la pression. La tuméfaction ne fut jamais plus volumineuse qu'un œuf de poule. La peau, très légèrement œdématiée, ne fut pas rouge. — L'expression de la glande n'en fit jamais sortir de pus. — Le 6 février, la tuméfaction a bien diminué ainsi que la douleur et le trismus. Les symptômes ont complètement disparu le 14 février.

Si la nature de l'acte opératoire paraît jouer un rôle très net dans l'apparition de la parotidite, il ne semble pas en être de même de sa gravité. Certains cas sont survenus après des traumatismes relativement minimes : curetage de l'utérus (Condamin), cure de fistule vésico-vaginale (Emmet), cure de hernie inguinale (Morestin), voire même application d'un pessaire (Cribb). C'est donc ailleurs que dans la gravité de l'intervention qu'il faut chercher la cause de la parotidite.

§ 2.

L'Anesthésie. — Certains auteurs, Tuffier en particulier, pensent que le rôle étiologique principal dans la parotidite post-opératoire est dévolu à l'anesthésie. Ils proposent d'employer les termes de parotidite post-anesthésique ou post-chloroformique comme plus adéquats à la vérité. Dans la plupart des cas publiés, en effet, sinon dans tous, l'anesthésie avait été pratiquée et il est certain que lui refuser *à priori* un rôle important serait arbitraire. Tuffier estime qu'une simple chloroformisation même sans l'intervention d'aucun acte opératoire, peut suffire à la déterminer.

Le mécanisme de son action sera envisagé avec détails dans notre chapitre de pathogénie.

Les points qu'il serait intéressant de connaître sont ceux qui ont trait à la *nature* de l'anesthésique : chloroforme ou éther ? — A la *durée* et au *mode* d'application ; aux *incidents* qui l'ont traversée. Il est bien évident, en effet, que tout cela peut modifier dans des proportions énormes, les effets tant pathologiques que physiologiques de l'anesthésie.

§ 3.

Conditions étiologiques du coté de l'opéré. — *Age.* — Il résulte des statistiques que la parotidite post-opératoire est une affection plus spéciale à l'âge adulte, mais seulement d'une façon générale puisque, mise à part, l'enfance, les divers âges de la vie sont représentés. Le maximum des cas est compris entre 25 et 35 ans. Au-dessous de 20 ans nous ne voyons que six cas ; les âges extrêmes sont 13 ans, péritonite

chez un jeune garçon (Addenbroke) et 70 ans: gastrostomie pour cancer de l'œsophage (Prautois).

Sexe. — Indiscutablement les victimes sont plus souvent des femmes. Dans le relevé de MM. Soubeyran et Rives elles constituent les 78 o/o des cas, d'après les calculs de Morel la proportion serait même 85 o/o. Les premières séries de cas publiées ne comportaient que des femmes.

De plus il faut remarquer que presque toutes ces femmes ont un passé gynécologique et obstétrical chargé, les multipares y sont en grand nombre. Nous avons vu plus haut l'extraordinaire proportion des cas où la parotidite succédait à une opération gynécologique. Fait curieux, si on élimine les cas gynécologiques, que l'on ne retienne que les affections communes aux deux sexes, il reste un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes atteints de parotidite post-opératoire.

État antérieur de l'opéré. — Tous les opérés n'ont pas la même aptitude à réaliser telle ou telle complication, bien souvent c'est par le fait d'une prédisposition datant d'avant l'opération qu'ils en sont victimes. Un état antérieur médiocre favorise l'évolution de toutes sortes de complications que l'organisme aurait étouffées avant qu'elles apparaîssent, s'il en avait eu les moyens dans l'état de ses forces vitales. Or, en parcourant les observations, on est frappé du nombre de cas où l'état préopératoire était peu brillant soit par suite de cachexie, d'anémie résultant d'hémorragies répétées, de morphinomanie, soit par une infection plus ou moins grave : appendicite, péritonite, suppuration de kystes de l'ovaire, ostéomyélite aiguë. Très rares sont les cas où la complication se produit chez des sujets opérés avec un état général satisfaisant, en période de santé, pour une cure radicale de hernie non étranglée par exemple.

Cette constatation provoque naturellement l'objection suivante : pourquoi la parotidite n'est-elle pas considérée comme secondaire à l'infection déjà existante plutôt que secondaire à l'intervention? Nous avons déjà répondu que nous désirions englober dans notre étude tous les cas où existait un rapport *chronologique* entre la parotidite et l'opération. De plus il nous semble que si une longue période d'infection n'a pas suffi à déterminer l'éclosion d'une parotidite et que celle-ci se produise dès les premiers jours qui suivent une intervention chirurgicale importante, il est logique d'admettre que celle ci à joué un rôle tout au moins déterminant sinon efficient dans cette apparition.

Morel s'est demandé si la parotidite post-opératoire avait quelque relation avec les *antécédents ourliens* de ses malades. Son enquête a montré qu'on ne pouvait attacher aucune importance à cette relation : la proportion de gens atteints antérieurement d'oreillons était la même dans la série des parotidites que dans les séries composées d'un même nombre d'individus quelconques pris au hasard.

L'état de la bouche et des dents semble devoir jouer un rôle important dans la parotidite post-opératoire. C'est probablement à la suite de stomatite que se fait l'infection de la parotide, comme le démontrent plusieurs observations. Mais ce n'est pas là une cause suffisante, car alors quels sont les malades, dans le milieu hospitalier, qui n'auraient pas de parotidite post-opératoire?

En dehors des éléments morbides préopératoires qui nous paraîssent avoir quelque influence sur la parotidite post-opératoire, il y a des conditions physiologiques dont l'action n'est certainement pas négligeable. Nous verrons plus loin quel rôle doit jouer la préparation du malade à l'intervention avec ses divers facteurs : mise en jeu de l'émotivité, purgation et diète, c'est-à-dire spoliation d'eau, ce qui sera aggravé encore au

moment de l'opération par l'effusion d'une certaine quantité de sang.

Etat d'infection post-opératoire. — Nous avons dit que l'état d'infection avant l'opération était en partie cause de la parotidite, cela est aussi vrai de l'infection post-opératoire. Dans beaucoup d'observations, surtout anciennes, nous trouvons que l'opération fut suivie de fièvre, de septicémie, voire même de pyohémie. Cela donc est indubitablement utile à signaler dans l'étiologie. Mais il n'en reste pas moins que « l'infection soit généralisée, soit localisée à la plaie opératoire, soit antérieure, soit postérieure à l'opération n'est pas un élément indispensable à la production d'une parotidite. Dans beaucoup de cas, des opérations aseptiques, conduites chez des malades non antérieurement infectées n'en ont pas moins été compliquées par des parotidites plus ou moins intenses » (1).

§ 4.

Bactériologie. — L'étude bactériologique de la parotidite post-opératoire a été peu faite, cependant c'est elle qui nous met en présence du véritable agent causal dont tous les autres facteurs ne font qu'augmenter la virulence ou favoriser l'action. Chaque fois qu'un examen bactériologique a été fait, il a indiqué la présence de *staphylocoque doré.* Ce microbe a été rencontré, soit pur, soit associé à d'autres microorganismes indifférents au point de vue virulence.

---

(1) A. Rives. *Loco citato.*

§ 5.

Quelques autres éléments étiologiques. — La *fréquence* des parotidites post-opératoires est estimée de façon variable suivant les auteurs. La majorité trouve que c'est une complication rare sinon exceptionnelle. Parmi les chirurgiens qui font autorité et qui ont pris part à la discussion de la Société de Chirurgie en 1907, presque tous ont apporté seulement un ou deux cas, disant que c'était tout ce qu'ils en avaient vu dans leur carrière chirurgicale. Cependant Moricke croit la parotidite aussi fréquente après l'ovariotomie que l'orchite après les oreillons. Il s'appuie sur une statistique de 200 opérations et pose la proportion de 1/40. Il est le seul à indiquer une proportion aussi forte, et nous croyons beaucoup plus normaux les chiffres de Bousquet : 1/150, ou de Keith : 1/250 indiqués dans la thèse de Benoît (1).

La parotidite post-opératoire serait une affection *a frigore* observée presqu'exclusivement pendant l'hiver.

La relation de six cas de parotidite post-opératoire semblerait donner à cette affection un certain degré de *contagiosité* (voir la page 4 de la thèse de Morel). Ces cas se sont produits dans deux salles contiguës, à peu d'intervalle l'un de l'autre, cependant qu'une même infirmière veillait au soin de ces malades. Un cas d'Addenbrooke (2) semblerait confirmer cette opinion.

---

(1) Benoit. *Thèse de Paris* 1902, n° 157.

(2) Observation 43 du mémoire de MM. Soubeyran et Rives.

Observation IV. (Addenbrooke. *The Lancet* 1900, *in thèse* Pellé. — *Laparotomie*).

Garçon de 13 ans, péritonite non tuberculeuse. Au quatrième jour gonflement douloureux de la parotide gauche, puis de la droite. Résorption en 5 jours. « Il n'y avait pas d'épidémie d'oreillons dans le voisinage, et d'ailleurs la netteté de l'induration permettait aisément le diagnostic. » — Cependant, deux membres de la famille furent pris par contagion de parotidite.

« En résumé, la parotidite post-opératoire est une affection rare, presque toujours infectieuse, atteignant de préférence les femmes ; elle succède à des opérations exécutées sous anesthésie et dans la majorité des cas portant sur les organes génitaux pelviens dans leur portion péritonéale, chez des sujets dont l'état général préopératoire laisse à désirer » (1).

(1) Rives. *Loco citato.*

CHAPITRE IV

Symptomatologie

L'évolution d'une parotidite post-opératoire peut être divisée en trois phases : l'une de début, une seconde d'état, une troisième de terminaison.

I. Phase de début.— La parotidite post-opératoire apparaît, en général, au cours de la première semaine après l'opération. Il en est ainsi dans 84 o/o des cas. Le maximum de fréquence est pour le quatrième et le cinquième jour ; il semble que l'ensemble des causes que réveille l'opération, ait besoin d'un certain temps pour vaincre la résistance physiologique et commencer à manifester son action.

Toutefois, dans 16 o/o des cas, le début est retardé au-delà de huit jours, se fait attendre quelquefois plusieurs semaines. Dyball (1) indique comme date extrême le 58e jour.

Par conséquent, il ne faut pas croire cette complication définitivement écartée si l'on a dépassé la première décade sans encombre, mais le danger est cependant fort minime. Des débuts aussi éloignés ne se rencontrent que dans des cas où l'ensemble des conditions défectueuses créées par l'opération se prolonge, lorsque l'état post-opératoire persiste longuement. En voici un exemple :

---

(1) Dyball. *Annals of Surgery*, déc. 1904.

Observation V. (Soubeyran et Rives. *Arch. gén. de chir.*, mai 1908). — *Néphropexie pour abaissement d'un rein infecté avec hydronéphrose. — Parotidite post-opératoire. — Guérison.*

M... G., 25 ans, entre à l'hôpital Suburbain le 20 juillet 1907, dans le service de M. le professeur Tédenat, suppléé par M. Soubeyran, pour douleurs de la région du rein droit accompagnées d'émission d'urines troubles.

Antécédents pathologiques. — La malade, mariée à 20 ans, ayant un enfant de 3 ans, eut, en janvier 1907, une fièvre typhoïde compliquée à la convalescence par des douleurs rénales à droite et l'apparition d'urines purulentes. Depuis lors, de ce côté, vives douleurs accompagnées de paroxysmes qui durent quelques heures. La malade a la sensation de « quelque chose qui se décroche dans son ventre ». Oligurie pendant les paroxysmes qui sont suivis d'une émission considérable d'urine.

En plus, elle a depuis plusieurs années des douleurs dans le bas-ventre avec pertes blanches. Constipation habituelle. État nerveux marqué par de l'énervement facile et de l'exagération de tous les symptômes.

Il n'y a pas de fièvre.

Examen. — Le rein *droit* est gros, douloureux. Au palper bi-manuel, il est facilement senti, notablement abaissé et plongeant par l'extrémité inférieure dans la fosse iliaque droite. Le rein *gauche* paraît normal. Les urines sont troubles, elles laissent dans le bocal un dépôt blanchâtre. Il n'y a ni sucre ni albumine.

Le toucher vaginal révèle de la *métrite* cervicale et de la rétroversion.

Diagnostic. — Il s'agit d'une infection atténuée du rein droit, avec ptose rénale et crises de rétention consécutives.

Opération le 14 août 1907. — Anesthésie chloroformique avec l'appareil Soubeyran-Demelle. Pas de pince à langue.

Incision lombaire de Guyon. Le rein est gros et congestionné. La capsule incisée le long du bord convexe est réclinée de chaque côté et partiellement excisée. Trois gros catguts en hamac fixent et suspendent le rein à la côte longue qui se présente et aux aponévroses lombaires. L'un des points traverse le cul-de-sac pleural et un sifflement se fait entendre, caractéristique de l'entrée de l'air dans la plèvre. L'orifice est aussitôt refermé.

Suture des divers plans. Drainage.

Suites opératoires. — Elles furent incidentées de plusieurs complications.

1° Une *occlusion intestinale* rebelle qui dura 4 jours et ne céda qu'à de grands lavements purgatifs. Elle était peut-être due à une coudure anormale de l'intestin produite par la fixation haute du rein.

2° Des *complications pulmonaires* : essoufflement et dyspnée par le pneumo-thorax et un peu de congestion pulmonaire fébrile.

La malade se remit, la plaie cicatrisa sans infection.

3° *Parotidite.* — Vers le 28e jour, la malade, encore imparfaitement remise, très constipée avec état suburral, présente de la stomatite à l'occasion d'une légère dose de calomel. Le surlendemain, la température, qui était normale depuis

10 jours, s'éleva jusqu'à 38°2. En même temps, gonflement très notable de la joue droite et de la région sous-auriculaire; la gouttière rétro-maxillaire était remplacée par une saillie, la peau est légèrement rouge et luisante à ce niveau. La déglutition est rendue très pénible par ce gonflement, ainsi que par l'état de la muqueuse buccale qui est enflammée. Haleine fétide. Gonflement des ganglions sous-maxillaires.

A aucun moment, nous n'avons remarqué la présence de pus dans la salive rejetée. Du côté gauche, la parotide reste indemne.

Sous l'influence de pansements humides chauds et de lavages fréquemment renouvelés de la bouche, les accidents s'atténuèrent rapidement et le retour à l'état normal se fit en une dizaine de jours, pendant lesquels la température se maintint à 37°5.

Le début se marque soit par de la douleur, soit par l'élévation thermique.

La douleur est d'abord minime, sourde. Elle se localise derrière la branche montante du maxillaire inférieur, sous l'oreille, en général d'un seul côté. Cette douleur est surtout manifeste dans le mouvement d'ouverture de la bouche ; elle est aussi provoquée par la pression. Il y a quelquefois en même temps un peu de douleur dans la région sous-maxillaire.

L'élévation thermique se fait avec l'apparition de la douleur, ou quelquefois un peu avant. Elle est de règle, et ce ne sont que quelques cas exceptionnels ceux où son absence est expressément indiquée. Dans deux cas il est en effet dit qu'il n'y eut aucune modification du pouls ni de la température. Habituellement l'élévation est brusque, on atteint d'emblée 39° ou 39°5 et quelquefois davantage. Elle s'accompagne en général d'abattement, d'oligurie, de tachycardie. Quelquefois

il y a du délire ; variable dans sa forme, celui-ci est souvent assez violent.

En général, chez un opéré, l'élévation thermique fait songer à une complication inflammatoire au siège de l'intervention, on vérifie le pansement. Si la fièvre tient à une parotidite on trouve une plaie normale sans trace de lymphangite ni de suppuration pouvant expliquer l'élévation thermométrique. Si le malade était déjà en hyperthermie le début de la parotidite se marque par une exacerbation plus ou moins nette.

Le début est unilatéral et l'affection reste telle dans 66 o/o des cas. Si la parotidite du côté opposé se prend c'est presque toujours deux ou trois jours après le début du premier côté. Cela se marque également par de la douleur et une reprise de la fièvre. Dans un seul cas nous avons trouvé le début bilatéral d'emblée :

Observation VI. (Morel., *thèse de Paris*, 1907, n° 15.) *Appendicectomie à chaud.*

Homme de 32 ans. Appendicite gangréneuse opérée au troisième jour. Deux jours après, parotidite bilatérale, gonflement, douleur extrême. Etat général très grave, imputable à la réaction abdominale. Mort.

II. Période d'état. — La *douleur* s'est accrue, elle est spontanée et exacerbée par les pressions, par l'écartement des mâchoires. Elle rend la mastication impossible, la déglution difficile. Son intensité est fonction de la capacité réactionnelle du sujet, c'est dire que tous les degrés s'y rencontrent.

Il est apparu de la *tuméfaction*, le gonflement est sous-auriculaire, à limites imprécises ; son degré est très variable,

il est souvent assez prononcé pour créer une déformation étrange de la face. La peau à ce niveau devient tendue, luisante et œdématiée. Voici d'après Morel, le tableau que présente dans ses degrés extrêmes le gonflement d'une parotidite bilatérale :

« Le visage du malade devient tout à fait étrange et semble moitié plus large que haut. Tous les détails de la figure disparaissent : les yeux sont réduits à une petite fente, le nez ne fait plus saillie, la bouche semble rétrécie, seules les oreilles forment latéralement une large saillie symétrique ! »

La tête est immobilisée de crainte de réveiller la douleur par les mouvements ; dans la parotidite unilatérale il y a presque toujours un léger degré de torticolis.

Il y a *stomatite*, variété érythémateuse en général ; la bouche est généralement sèche, rouge, brûlante. La sensation de sécheresse est très pénible au malade. La salivation est généralement tarie. Si elle se continue, c'est plutôt par les glandes non atteintes : buccales, sublinguales, parotide du côté opposé. La soif est vive, l'haleine horriblement fétide.

La *fièvre* persiste en donnant un plateau plus ou moins régulier, de hauteur variable avec l'intensité des lésions et l'*état général*. Celui-ci, bien souvent conservé à peu près intact quand la fièvre est modérée et les lésions minimes, peut au contraire traduire une intoxication profonde, se compliquer de typhisme et d'adynamie avec température excessive comme dans la parotidite « terminale » des cachectiques.

Cette période d'état ne se prolonge guère que cinq à six jours après quoi l'affection évolue vers l'une des destinées suivantes.

III. Période terminale. — *a*) *Résolution.* — Terminaison bénigne de la parotidite, elle consiste purement et simplement dans la disparition progressive et simultanée des symptômes,

douleur, gonflement et fièvre. Quand elle est terminée la *restitutio ad integrum* est obtenue et le malade ne conserve aucune trace de son affection. Par ce processus la guérison complète se produit fréquemment dans la semaine même qui a vu le début des accidents.

b) ***Phlegmon de la parotide.*** — Les formes graves de la parotidite aboutissent assez souvent à la formation d'un abcès : l'œdème devient plus net, la couleur de la peau est plus violacée ; le doigt arrive quelquefois à révéler une vague fluctuation très profonde. Abandonnée à elle-même, cette inflammation ne se termine qu'après ouverture à la peau et évacuation des poches intraglandulaires qui se sont formées. La cicatrisation en est lente, irrégulière ; elle donne lieu à des cicatrices disgracieuses, déprimées.

L'intervention chirurgicale permet d'abréger en général cette période terminale et d'obtenir des résultats plus heureux que l'expectation simple.

c) Enfin la terminaison peut être plus sombre encore et dans ce cas elle tient à l'état général du sujet plus qu'aux lésions parotidiennes. Nous nous réservons d'en parler dans le paragraphe des formes cliniques.

IV. Formes cliniques. — Les éléments symptomatiques indiqués ci-dessus se groupent et se manifestent en des formes cliniques variées.

Au degré le plus léger de la parotidite post-opératoire appartiennent sans doute ces cas où sans élévation thermique notable, sans aucun phénomènes généraux, sans tuméfaction locale, les opérés se plaignent pendant deux ou trois jours d'un léger trismus, d'une gêne sous-auriculaire dans les mouvements de la machoire. Cela est si minime que ceux qui l'ont noté négligent d'en rendre compte. (Tédenat).

La *parotidite catarrhale simple* presque uniquement congestive se marque par un léger mouvement de fièvre, par un gonflement minime fugace, peu douloureux, qui disparaît en moins d'une semaine et ne laisse aucune trace. Dans cette forme on n'observe jamais en aucun point la formation de pus. — Exemples :

Observation VII. (Goodel, cité par S. Paget. *The Lancet 1881*).
Ovariotomie.

Femme de 21 ans, alitée depuis six mois pour kyste de l'ovaire très douloureux. Morphinomane. Ovariotomie double. Au quatrième jour gonflement douloureux de la parotide droite, puis de la gauche après quelques jours ; ni température ni pouls accéléré. Aucun signe d'infection. « *Sympathetic, not symptomatic* » « exactement comme des oreillons, mais plus lent à disparaître. »

Observation VIII. (W. Elder. *The Lancet 1901*).
Appendicectomie.

Jeune homme de 20 ans. Appendicite suppurée opérée à chaud. La température s'abaisse après l'opération. Au troisième jour douleur et gonflement de la parotide droite. Le gonflement est énorme, il s'étend aux lèvres et aux paupières. Au bout de 36 heures même tableau à gauche. Il n'y a pas trace de pus. La plaie abdominale cicatrise normalement.

La forme *canaliculaire suppurée* est plus sérieuse. La glande contient du pus, et ce pus s'écoule par les voies normales d'excrétion de la salive, par le canal de Sténon. Il s'écoule goutte à goutte à moins que l'expression manuelle de la glande n'évacue en totalité son contenu. Dans cette forme l'état général est sérieux ; la résolution a tendance à se faire sans col-

lection purulente, mais elle sera nettement plus longue que dans la forme précédente.

Observation IX. (Morel). *Appendicectomie*

Femme de 18 ans. Au quatrième jour T° = 38° 4 avec un peu de gonflement parotidien à droite. Les phénomènes sont minimes. Six jours après évacuation purulente par le canal de Sténon. Ce pus est à staphylocoque. Guérison en 11 jours par applications humides chaudes.

Observation X. (Ibid). Grossesse extra-utérine

Femme de 37 ans. Ablation pénible de la trompe gravide. Le lendemain sensations pénibles de la région parotidienne droite T° = 39°4. Le quatrième jour, il s'évacue du pus par le canal de Sténon et la guérison est rapide.

Dans la forme *phlegmoneuse*, la glande est prise généralement en bloc ; il y a de la panparotidite. Le pus se forme et se collecte en des cavités plus au moins vastes que la nécrose inflammatoire a creusées dans le tissu glandulaire. Il n'a aucune tendance à s'évacuer par le canal de Sténon, il gagne au contraire à la peau, ou bien il fuse dans les espaces conjonctifs. Dans quatre cas c'est dans le conduit auditif externe que s'est fait l'évacuation.

Pour ne pas multiplier les divisions nous rattacherons à la forme phlegmoneuse, les observations où les lésions de la glande étaient plutôt de nature *gangréneuse* que suppurative.

Les incisions ne donnent pas de pus mais un liquide séreux louche peu abondant avec des lambeaux sphacelès, grisâtres, d'odeur fétide. L'aspect des tissus rappelle l'angine de Ludwig. Les tissus mortifiés s'éliminent pendant plusieurs jours en vidant le creux parotidien. La cicatrisation ne se

fait qu'avec des pertes de substance et des déformations profondes. Exemples :

Observation XI. (Bossert. *Thèse de Paris, 1902*). *Appendicectomie.*

Homme de 45 ans; appendicite et ictère. Appendicectomie à chaud. Au quatrième jour gonflement et douleur de la région parotidienne droite. OEdème très considérable masquant une fluctuation profonde. Rien ne coule par le Sténon à l'expression glandulaire. Incision quatre jours après le début. «L'aspect des tissus rappelle l'angine de Ludwig. » Suppuration abondante : guérison lente. La plaie abdominale a évolué correctement.

Observation XII. (Morel). — *Grossesse extra-utérine.*

Femme de 31 ans. Laparotomie pour grossesse extra-utérine rompue. Suites apyrétiques. Au huitième jour, T° = 39° avec mauvais état général. Gonflement parotidien à droite. Trismus, haleine fétide. Incision : pas de pus mais sphacèle à la glande. Au onzième jour, parotidite gauche analogue. OEdème de toute la face. T° = 39°5. De ce côté aussi sphacèle. La guérison fut lente.

Au sommet de l'échelle de gravité est enfin la forme *septicémique*. Ici la gravité de l'état général prime celle de l'état local, et ce qui le démontre bien c'est que dans plusieurs cas de ce genre la mort a été nettement imputable à la localisation parotidienne. Le tableau est alors celui de la septicémie où la parotidite s'efface comme un symptôme épisodique.

« S. Paget rapporte que Baker observa à la suite d'une opération de L. Tait une parotidite qui fut cause de la mort».

Voir ci-dessous (N° XVI) une observation de Moricke dans le même sens.

Observation XIII. Jefferis. (*The Lancet*, 12 décembre 1903). *Kélotomie.*

Femme de 68 ans. Hernie ombilicale étranglée depuis plusieurs jours. Kélotomie. L'état est très bon pendant 3 jours. Au quatrième jour douleur sous l'oreille, dyspnée, dysphagie, gonflement. Signes d'inflammation aiguë. *La langue est propre et humide.* Aucune réaction péritonéale. Les deux parotides sont prises ainsi que les sous-maxillaires. Trismus, dyspnée ; déglutition extrêmement difficile. Mort dans les 24 heures du début des accidents et uniquement imputable à la parotidite.

Observation XIV (Chavannaz, *in Thèse de Pellé*, Bordeaux, 1906-1907). — *Hernie ombilicale étranglée*

Femme de 67 ans. L'étranglement remonte au moins à trente-six heures. Résection du côlon transverse gangrené, abouchement iléo-côlique. Les suites paraissent bonnes. Au dixième jour petite tuméfaction parotidienne droite, température 39°4, agitation. Le lendemain, la malade s'affaiblit, la tuméfaction a le volume d'un œuf, douloureuse ; pas de rougeur de la peau. Dyspnée. Mort 3 jours après le début. La langue avait toujours été sèche malgré les collutoires et les lavages alcalins soigneusement employés.

La *fréquence* relative des trois grandes formes : catarrhale, canaliculaire et phlegmoneuse est assez difficile à établir avec précision parce que les documents que fournit la littérature médicale manquent souvent de détails sur ce point. Le relevé de M. Rives indique, sur 71 cas, que la parotidite fut légère

ou très légère dans 25 cas : ce sont probablement les parotidites catarrhales avec quelques canaliculaires où l'on n'a pas remarqué l'écoulement de pus par le Sténon. Dans 11 cas le pus s'écoula par le Sténon et il ne fut pas fait d'incision. Enfin, dans 35 cas, on évacua des collections purulentes plus ou moins abondantes par incision de la glande.

V. Complications. — Les parotidites post-opératoires ne sont accompagnées de complications que dans un nombre restreint de cas. Ces complications sont de plusieurs ordres :

Le *retentissement sur l'état général* est quelquefois suffisant pour troubler, d'une façon plus ou moins grave, l'évolution de la plaie opératoire dont la cicatrisation se trouve ainsi retardée.

La *propagation* des phénomènes inflammatoires aux *autres glandes salivaires* aggrave les phénomènes subjectifs dont souffre le patient. Elle a été notée à plusieurs reprises :

Observation XV (Goodell, *cité par S. Paget*)

Trachélorraphie. Hémorragie post-opératoire abondante. Convalescence lente, mais sans fièvre. Pendant la deuxième semaine, parotidite avec *submaxillarite* bilatérales. Résolution lente.

Observation XVI. (Moricke. *Zeit. f. Gebürtsch. u. Gynechol.* Stuttgard 1881). — *Ovariotomie*

Multipare de 65 ans, très affaiblie et amaigrie. Ovariotomie : kyste colloïde. Apyrexie. Au septième jour gonflement avec fièvre des *sublinguale*, *sous-maxillaire* et parotide droites. Ecoulement de pus par le *Warthon*. Incision trois jours après sur la parotide. Evacuation de pus. Fièvre

élevée; l'enflure s'étend au cou. Mort le même jour. Plaie abdominale normale.

Voir également ci-dessus l'*Observation XIII.*

Dans les formes suppurées il peut se faire des *fusées purulentes* hors de la loge parotidienne : vers l'oreille externe, dans la région carotidienne (adéno-phlegmon, ulcérations vasculaires), vers la région pharyngienne postérieure.

L'*œdème* peut gagner en profondeur bien au delà des limites apparentes : on peut ainsi observer de l'œdème de la glotte :

Observation XVII. (Routier, *in thèse de Benoît, Paris, 1902, N° 157*). — *Hystérectomie*

Femme de 45 ans, ayant eu de l'annexite et de la pelvipéritonite. Hystérectomie abdominale totale. Fièvre les jours suivants. Le troisième jour parotidite gauche avec un fort œdème; *œdème de la glotte.* L'expression de la glande fait écouler le pus par le canal de Sténon. Mort le quatrième jour. Le pus contenait du staphylocoque doré.

Les rapports tout spécialement intimes du facial et de la parotide exposent le nerf à recevoir le contre-coup des inflamations de la glande; sans parler de la section qui peut en être faite dans une incision thérapeutique, la paralysie a été observée dans la parotidite post-opératoire, elle a d'ailleurs été transitoire.

Observation XVIII. (Bossert, *thèse de Paris, 1902*). — *Cholècystectomie*

Femme de 49 ans. Cholécystite douloureuse. Cholécystectomie. Au quatrième jour et subitement, douleurs atroces avec gonflement dans la région parotidienne gauche. T° = 40°. On

incise le lendemain de peur de lésions gangréneuses. Les tissus sont grisâtres et infiltrés de pus. *Paralysie faciale* le surlendemain. Température élevée pendant 9 jours. L'amélioration ne se fait que lentement.

Observation XIX (Chavannaz, *in thèse de Pellé*. Bordeaux 1906-1907). — *Appendicectomie*

Homme de 27 ans. Appendicite avec gros abcès. Suites favorables. Au septième jour la température monte à 39°5 : parotidite gauche suivie de *paralysie du facial*. Au bout de cinq jours on incise, il coule beaucoup de pus contenant du staphylocoque doré pur. La guérison s'obtient en quelques jours ; *la paralysie faciale disparaît*.

S'il existe des relations sympathiques entre la parotide et les organes génitaux, elles ne se manifestent pas au cours des parotidites. Même dans les formes graves, il n'y a pas de métastases et rien qui ressemble à l'orchite ourlienne.

CHAPITRE V

Pronostic. — Diagnostic

Un chapitre relatif au pronostic et au diagnostic nous paraît nécessaire à la suite du chapitre consacré à la symptomatologie et aux complications des parotidites post-opératoires.

A. Pronostic. — Suivant l'auteur que l'on consulte sur cette question on obtient des réponses extrêmement différentes. L'impression que chacun retire des cas observés est en effet trop peu motivée pour nous servir de base, il nous a paru plus rationnel de prendre la question par la statistique. Les éléments d'appréciation pour établir le pronostic d'un cas donné se trouvent dans la forme clinique et dans l'état général préalable du malade.

Les formes congestives, apyrétiques, qui durent trois ou quatre jours sans phénomènes généraux sont évidemment très bénignes. Goodel, qui en observa deux cas chez de jeunes ovariotomisées sans modification de la température et même du pouls, est amené à les considérer comme sans importance et il les compare à des oreillons bénins.

Et cependant si l'expectative ou les moyens simples (pansements chauds, onctions iodurées ou belladonnées) guérissent sans incidents 46,5 o/o des cas (Soubeyran et A. Rives), il faut mettre en regard les cas de mort nettement imputables à la parotidite (quatre sur 90) ; les 22,5 o/o où l'incision d'un

abcès fut nécessaire, les 31 o/o qui groupent les complications plus ou moins graves signalées au paragraphe précédent.

Toutefois la gravité de la parotidite ne tient pas tant à l'étendue et au degré de ses lésions qu'au terrain sur lequel elle évolue. Autrefois on qualifiait les parotidites — médicales — de « critiques », c'est-à-dire de phénomène intense, modificateur de la maladie, et avant-coureur fréquent de la guérison, il est certain qu'elles sont plus souvent « terminales ». L'opéré a quelques points de commun avec ces cachectiques que la parotidite achève : l'état de Schock, léger, presque latent, je le veux bien, mais présent tout de même, l'état momentané ou durable de dénutrition ou de nutrition défectueuse, aussi, « loin de réaliser un abcès de fixation naturel, la paro» tidite s'ajoute à la somme d'infection dont l'organisme » supporte l'assaut ; de plus par ses conséquences secondes » de dysphagie, de dyspnée elle contribue pour une large part » à la déchéance de la résistance organique ».

B. Diagnostic. — Quand dans les jours qui suivent une opération il se produit un gonflement, inflammatoire, fébrile, de la région parotidienne, d'un côté ou des deux, le diagnostic n'est pas certain, mais il est fort probable.

Nous n'irons certes pas penser comme M. Morel (*loco citato*, page 25), à la parotidite muco-purulente chronique de Remouchams, à l'hypertrophie parotidienne primitive de Birsch-Kirschfeld, à la sialodochite fibrineuse... » nous en passons ! mais plus simplement à la possibilité d'*Oreillons*. L'existence d'oreillons antécédents, l'âge quelquefois avancé du sujet, l'enquête sur la possibilité d'un contage ourlien dans les quinze jours précédents, l'absence de métastase flexionnaire sont de bons signes contre le diagnostic d'oreillons. La constatation de pus dans l'écoulement du canal de Sténon, la fluctuation au niveau de la glande donnent une quasi-certitude.

Quénu estime qu'on a vraisemblablement décrit plusieurs fois des *adénophlegmons* de la région parotidienne comme parotidites. Les éléments du diagnostic se trouvent dans le gonflement plus circonscrit mieux limité, dans l'absence de stomatite, dans l'écoulement de salive normale par le Sténon, quelquefois dans la présence d'une porte d'entrée cutanée ou otique.

L'*érysipèle de la face* ressemble beaucoup à la parotidite, son gonflement est plus superficiel, sa rougeur plus vive ; il présente un bourrelet périphérique net. La courbe thermique et l'état général sont fort utiles pour le diagnostic.

Signalons enfin comme susceptibles de donner lieu à des confusions momentanées : l'arthrite de la temporo-maxillaire, certaines ostéites de la branche montante, certains trismus, certaines stomatites intenses accompagnées d'œdème (stomatite hydrargirique par exemple).

CHAPITRE VI

Anatomie pathologique. — Bactériologie

§ 1

Les parotidites post-opératoires n'ont pas de processus anatomo-pathologique distinct des autres variétés de parotidites aiguës. La différence de causes ne produit pas une différence dans les effets. D'ailleurs les examens sont très rares sur ce point, et il faut se contenter de pièces expérimentales d'où l'on tire des conclusions par analogies. — Il résulte des recherches de Claisse et Dupré, de Morel, de Dittrich que deux variétés doivent être mises en regard.

A) *Les parotidites parenchymateuses.* — Ici les lésions se cantonnent dans les acini et leurs canaux excréteurs, indépendamment du tissu conjonctif qui les entoure. Le canal excréteur perd par desquammation les cellules épithéliales qui le bordent, il se remplit et s'entoure de leucocytes polynucléaires; le même fait se produit dans le cul-de-sac acineux ; les lésions progressent excentriquement jusqu'à envahir tout un *lobule glandulaire* qui, finalement, n'est plus représenté que par un amas de polynucléaires avec quelques cellules glandulaires isolées et quelques fibres conjonctives. Les vaisseaux sont très congestionnés et donnent quelquefois lieu de-ci de-là à des hémorragies punctiformes.

Les lésions étant purement localisées aux canaux sécréteurs, on conçoit que dans cette forme le pus, — s'il s'en forme, ne se collecte pas, mais s'écoule goutte à goutte par les voies naturelles de la sécrétion parotidienne.

B) *Les parotidites interstitielles.* — La cause morbide est ici transportée vraisemblablement par le sang ; elle se fixe dans le tissu conjonctif de la glande et n'atteint pas, — primitivement, — les culs-de-sacs sécréteurs. Il se fait alors une infiltration d'abord œdémateuse, puis leucocytaire, finalement purulente qui creuse la parotide en alvéoles, en géodes plus ou moins confluents dans lesquels par isolement et nécrose *secondaire* se détachent et tombent des acini plus ou moins nombreux. C'est un processsus banal d'abcès. Dans cette variété le pus ne se forme pas dans les canaux sécréteurs, mais en dehors d'eux, par conséquent il n'a aucune tendance à se vider par eux dans le Sténon et dans la bouche ; il se collecte et tend vers la peau. En général les barrières de la loge parotidienne sont respectées, et ce n'est que lentement dans les parotidites négligées que se fait l'ouverture à la peau.

Nous avons parlé plus haut des fusées purulentes qui compliquent exceptionnellement les parotidites, et nous avons alors indiqué les directions qu'elles peuvent suivre.

L'inflammation parotidienne s'accompagne naturellement d'adénopathie. Les ganglions atteints sont intra et péri-glandulaires, aussi leur gonflement ne se distingue-t-il que peu ou pas de celui de la glande ; l'adénopathie de la chaîne carotidienne s'observe aussi, mais plus rarement.

§ 2

La *bactériologie* de la parotidite post-opératoire a été relativement peu faite. Nous trouvons cependant un certain nombre de cas où l'agent pathogène a été cherché et déterminé.

Il s'agit presque toujours de *staphylocoque doré*, soit pur : Routier (1), Prantois (2), Chavannay (3), Morel (4) soit associé à du streptocoque : Le Dentu (5), à du subtilis : Morel.

On sait qu'il s'agit là d'un des hôtes habituels de la cavité buccale, et qu'il est tout naturel de le trouver en jeu si réellement l'infection buccale est à l'origine de la parotidite post-opératoire.

Un cas très intéressant et malheureusement unique est rapporté par Buntz. Nous l'avons pris à la thèse de Pellé :

Observation XX (Buntz).

« Homme de 25 ans. Appendicite à rechutes. Appendicectomie : il y a une collection purulente étendue. Au neuvième jour parotidite droite suppurée qu'on incisa, parotidite gauche non suppurée.

L'abcès appendiculaire était à colibacille, la parotidite à staphylocoque doré ».

Par suite on ne peut pas parler ici de pyohémie, d'abcès métastatique, malgré la présence d'une localisation suppurée, cet homme a fait une parotidite indépendante de son infection préalable. Par suite, il est irrationnel de ranger ce cas parmi les parotidites métastatiques, et il devient logique de se demander si parmi les parotidites survenues chez des sujets infectés, beaucoup ne présenteraient pas des particularités bactériologiques analogues.

---

(1) Routier, *in thèse de Benoit*, Paris 1902.
(2) Prantois, *in thèse de Pellé*, Bordeaux 1906.
(3) Chavannaz, *ibidem*.
(4) Morel, *loco citato*.
(5) Le Dentu, *Leçons de clinique chirurgicale*.

Dans les parotidites médicales plus étudiées au point de vue bactériologique nous trouvons aussi le staphylocoque au premier rang, mais non exclusif. Par Ginner (1) sur 52 cas il figure 28 fois, puis le pneumocoque 11 fois ; dans un relevé de Morel, sur 75 cas il figure 48 fois, ici également le pneumocoque est en deuxième ligne.

---

(1) Carnot. Maladies des glandes salivaires dans le *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique.*

CHAPITRE VII

Pathogénie

La question de la pathogénie des parotidites post-opératoires a été l'occasion de nombreux travaux et tous les points n'en ont pas été complètement élucidés. En effet, il résulte de la lecture de ces travaux que si le mécanisme immédiat est relativement simple, il n'en est pas de même des influences éloignées qui déterminent ce mécanisme à se mettre en jeu. Une certaine complication de cette étude résulte de ce fait que les auteurs n'ont pas suffisamment distingué ce double point de vue de l'action directe et de l'influence médiate et que leurs opinions se juxtaposent, s'entremêlent, probablement avec plus ou moins de vérité dans chacune et non point contradictoires et heurtées comme on nous les présente.

Comme le dit Morel, il faut étudier séparément le « comment » et le « pourquoi » des parotidites post-opératoires.

Auparavant signalons sans nous y arrêter des théories dont la critique a fait justice et qui ne sont pas applicables ici :

Théorie de l'hyperthémie (Liebermeister) : la parotidite post-opératoire est souvent survenue au cours de l'apyrexie, quelquefois apyrétique elle-même.

Théorie de décharge microbienne (Bouchard) : la parotidite n'évoluerait que chez des sujets infectés — d'infection générale — ce qui n'est pas le cas.

Théorie de la propagation lympathique (Bouillaud) : inadmissible puisque dans aucun cas l'opération n'eut lieu dans un domaine lympathique adjacent à la parotide.

§ 1

Nous admettrons que la parotidite post-opératoire est due à une infection microbienne de la glande. Le premier point est de savoir par où pénètre l'agent infectieux.

Voies d'accès microbienne dans la parotide. — Les expériences du ressort de la clinique et de la pathologie générale nous enseignent que indépendemment de l'apport direct-traumatique des germes, et de l'invasion par continuité de tissus, l'infection des glandes se fait par deux grandes voies dans des conditions bien distinctes : par *voie sanguine* et par *voie canaliculaire*. En effet les glandes salivaires, la parotide par exemple ne renferment pas de germes microbiens à l'état de santé normale. Ce fait a été établi avec rigueur par Claisse et Dupré au début de leurs expériences sur l'infection salivaire. On ne peut donc invoquer ici comme ailleurs une exaltation de virulence d'une flore bactérienne normalement saprophyte.

A) Voie sanguine. — Encore désignée sous le nom de voie descendante, elle est suivie par les germes circulant dans l'organisme qui se fixent dans la parotide qui pour une raison ou pour une autre est devenue un *locus minoris resistenciæ*. Pour quelques auteurs, elle est le seul mode d'infection parotidien, ce qui est manifestement exagéré.

Arguments : Il y a une grande analogie entre la parotidite

post-opératoire et les parotidites secondaires observées chez des sujets profondément infectés sans interventions chirurgicales (Potherat) (1).

L'anatomie pathologique nous montre des cas à localisations primitivement extra-acineuses, interstitielles, ce que l'apport sanguin seul peut expliquer.

L'analogie avec les manifestations pyohémiques banales est manifeste.

Objections. Quand il y a pyohémie la parotide est bien rarement le siège de foyers métastatiques — de plus la règle est des foyers multiples, or la parotidite post-opératoire est presque toujours la seule complication suppurée ou infectieuse.

Cette théorie ne nous explique pas les cas où le malade non infecté a eu sa parotidite dans les suites d'une opération par ailleurs aseptique et irréprochable.

Le cas de Bunts relaté plus haut est inexplicable par l'infection sanguine ; s'il y avait eu métastase pyohémique la parotidite aurait été comme l'appendicite produite par le colibacille.

En présence de ces deux ordres de faits, opposés mais non contradictoires, nous poserons en conclusion que l'invasion par voie sanguine est possible, qu'elle explique un certain nombre de cas de parotidites post-opératoire, mais qu'elle est manifestement insuffisante dans un grand nombre d'autres cas.

Nous nous appuierons pour cela sur la statistique : Si le pus ne s'écoule pas par le canal de Sténon, mais doit être évacué par une incision d'abcès, nous devons penser d'après l'anatomie pathologique à l'infection par voie sanguine. Si le pus

(1) Potherat. *Soc. de chir.*, 4 décembre 1907.

s'écoule par le Sténon nous penserons à l'infection ascendante. Si la parotidite est de la forme catarrhale non suppurée et si elle évolue chez un sujet non infecté, non suspect de pyohémie nous soupçonnerons encore l'infection ascendante ; nous aboutirons alors aux chiffres suivants :

Sur 87 cas : Infection glandulaire probablement descendante.....	20 o/o
Infection glandulaire probablement ascendante. .	54 o/o
Renseignements insuffisants dans.....	26 o/o
Soit entre les deux modes d'infection la relation approximative de.....	3 à 7.

B) Voie ascendante : le canal de sténon. — Il est donc certain, de part la logique et la pathologie générale et de part la statistique, que très fréquemment l'infection de la parotide se fait par le canal de Sténon. Les microbes, sous l'influence des causes que nous verrons plus loin, remontent dans ce canal, envahissent la glande, donnent l'infection canaliculaire catarrhale ou purulente, que nous avons indiquée à propos de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie. Ces microbes partent de la bouche. Mais il est intéressant de de se demander non pas seulement comment ils parviennent à la parotide, mais pourquoi ils y sont portés. Les raisons seront les mêmes qui nous expliqueront la diminution de résistance de la glande aux agents venus par voie sanguine.

§ 2.

Raisons de l'infection parotidienne. — Nous diviserons ce paragraphe d'après le plan suivant : La résistance glandulaire à l'infection est diminuée dans la période post-opératoire. — La parotide a des raisons propres de facilité d'infection. —

La virulence de la flore microbienne buccale a des raisons de s'exalter dans l'état post-opératoire.

A) *Diminution de la résistance glandulaire.* — La parotide n'est probablement pas la seule glande de l'organisme qui subisse le contre coup des interventions chirurgicales, des phénomènes du même ordre que la parotidite sont possibles dans d'autres organes.

Les glandes sont protégées à l'état physiologique contre l'invasion microbienne par l'effet mécanique, et quelquefois antiseptique, de leur produit de sécrétion. Si la sécrétion est diminuée — expérimentalement ou pathologiquement — l'invasion est plus facile. Or, Claisse et Dupré, Legueu et Morel, Morel et Hepper ont montré que la *déshydratation* de l'organisme diminue, dans une forte mesure, les sécrétions et que, d'autre part, dans les conditions diététiques que nécessite une opération, il y avait réellement déshydratation de l'organisme : on purge avant l'opération, on met l'opéré à la diète souvent absolue, une certaine quantité de sang est perdue dans l'acte opératoire et le taux des sécrétions est proportionnellement diminué, l'urine est rare, la bouche sèche. Telle est la théorie de la *déshydratation* organique.

D'après Dyball les glandes, spécialement les salivaires, sont frappées, après certaines opérations, par une sorte d'*intoxication*. La parotidite post-opératoire serait d'ordre toxique comme la parotidite des saturnins, des iodiques ou encore des typhiques, — en admettant que dans ce cas le bacille d'Eberth n'agisse que par ses toxines. L'origine du toxique se trouverait dans les affections opératoires, traumatiques ou pathologiques des organes abdomino-pelviens. — Nous n'insisterons pas car : 1° il faudrait savoir pourquoi les toxines issues de la cavité cœlomique auraient une affinité élective pour la parotide ; 2° cette théorie méconnaît tous les cas ou l'intervention

porta ailleurs que sur les organes abdomino-pelviens, et ils sont nombreux.

B) *Diminution de la résistance spécialement dans la parotide.* — La diminution des sécrétions dans l'état post-opératoire frappe toutes les glandes ; s'il y a intoxication la plupart s'en ressentent, presque toutes débouchent en des points où la flore microbienne peut exalter sa virulence, y a-t-il des raisons d'infection propres à la parotide ?

1° *La sympathie génito-parotidienne.* — Cette explication est la première en date. Elle consiste à faire appel à ces relations encore mystérieuses, bien qu'on n'en parle plus, que certains organes présentent entre eux. Moricke et plusieurs autres n'observèrent de parotidite qu'après des opérations portant sur les ovaires et ils en conclurent à la mise en jeu de la sympathie ovario-parotidienne : la réaction morbide se faisait d'un organe sur l'autre. Leurs arguments reposaient, outre le fait brutal de leurs statistiques où aujourd'hui on veut ne voir que des coïncidences, sur : les métastases orchitiques des oreillons, l'existence de parotidites liées à la menstruation (cas de Trousseau, de Damarest, de Halché, à lire en détail dans la thèse de Morel), l'analogie avec les congestions menstruelles du corps thyroïde.

La sympathie organique n'est plus à la mode aujourd'hui, sous les termes d'actions réflexes et d'actions humorales elle se retrouve à peu près intacte. Disons cependant que si le nombre incontestablement remarquable de cas où la parotide a été observée après ovariotomie est un argument intéressant pour parler de la sympathie génito-parotidiennne, les expériences de Morel lui sont entièrement défavorables. Ces expériences consistaient en excitations électriques ou traumatismes aseptiques de l'ovaire chez une chienne cependant qu'on

étudiait immédiatement les modifications du débit du canal de Sténon, et ultérieurement les modifications anatomiques de la parotide. Chaque fois les résultats furent négatifs et cependant la parotidite est assez facile à obtenir chez le chien par d'autres procédés.

2° *Nature séreuse de la sécrétion parotidienne.* — Les glandes possédant des cellules mucipares trouvent dans la sécrétion de ces cellules un appoint important pour leur protection contre les microbes. La salive chargée de mucus passe pour être beaucoup plus antiseptique que celle qui en est dépourvue. Or, seule parmi les glandes salivaires la parotide est totalement privée de cellules à mucus, il en résulte que sa sécrétion est moins efficace au point de vue antiseptique. Cette insuffisance chimique est contrebalancée à l'état normal par l'intensité de la sécrétion qui constitue une chasse mécanique très active.

3° *Abolition de la sécrétion parotidienne.* — Parmi toutes les sécrétions qui sont diminuées pendant la période post-opératoire, la sécrétion parotidienne est à peu près complètement tarie. La physiologie nous enseigne en effet que la sécrétion parotidiennne est provoquée presqu'exclusivement par les aliments sapides et par les mouvements masticatoires, elle est donc presque nulle pendant les périodes de diète ou d'alimentation liquide. Quand on veut expérimentalement provoquer la parotidite, on fait à l'animal des injections sous-cutanées d'atropine, on fixe la mâchoire par une muselière serrée, on donne une alimentation liquide ; par ces procédés — mais à condition d'infecter la bouche de staphylocoques — on obtient facilement, paraît-il, des parotidites (Morel).

Tous ces moyens ont pour effet de tarir la sécrétion parotidienne. S. Paget invoque un autre facteur du tarissement

parotidien : pour lui le *péritoine* serait toujours en cause (nous savons que si cela est fréquent, cela n'est pas absolu), il en partirait un *réflexe à voie centrifuge sympathique* puisque l'excitation des nerfs sympathiques d'une glande en tarit la sécrétion. Cette action réflexe est possible, elle expliquerait la fréquence indiscutable des parotidites après opération sur l'abdomen, mais elle n'est nullement indispensable à leur production.

c) *Exaltation de la virulence microbienne buccale.* — Expérimentalement on constate qu'il est nécessaire pour provoquer une parotidite de badigeonner la muqueuse buccale des animaux sains sur lesquels on opère avec une culture active de staphylocoques La flore buccale normale est insuffisante à effectuer l'assaut du canal de Sténon et de la parotide. Mais les conditions cliniques sont autres. Dans l'état post-opératoire la flore microbienne n'est plus normale, sa virulence s'est augmentée, et c'est là le grand point de cette étude pathogénique. Quelles que soient les théories accumulées, si défavorables soient les conditions où l'acte opératoire et ses conséquences ont mises la parotide, il faut en plus une infection buccale pour réaliser la parotidite. Que la parotide soit en moindre résistance pour telle ou telle raison — soit ! — qu'il y ait eu fluxion sympathique, réflexe, intoxication, hormis les cas de pyohémie, il faut un agent bactérien buccal. Et, en effet, il ne manque pas : la bouche d'un opéré est généralement un milieu septique remarquable :

L'anesthésie a sa part dans cet état de choses. Elle n'agit probablement pas directement sur l'état microbien (mais elle tend encore à diminuer la sécrétion salivaire), mais elle donne souvent lieu à des manœuvres intrabuccales de propreté douteuse ; usage de pince à langue, de tampons montés. Le *régime lacté* pré et post-opératoire par les détritus que le lait

abandonne dans les intervalles dentaires ; l'état de *sécheresse* de la langue couverte de saburres ; les *vomissements* qui suivent si souvent l'anesthésie, sont des causes qui s'additionnent, se renforcent pour faciliter la pullulation microbienne et l'accroîssement de sa virulence.

Et tout cela on oublie de le combattre par des *soins de propreté* élémentaire ; le manque de soins buccaux chez les opérés détermine dans beaucoup de cas de la stomatite érythémateuse avec haleine fétide. Cette stomatite se propagera facilement dans le canal de Sténon asséché et la parotidite se produira si d'autre part la glande est déjà préparée à se laisser envahir. Même dans ses formes légères la stomatite érythémateuse peut s'accompagner de quelques dixièmes de fièvre, voire d'un degré thermométrique, et cette infection, que l'on néglige ici par paresse, serait dans toute autre cavité muqueuse soigneusement cherchée et combattue. Ainsi donc il est naturel d'y voir, avec la majorité des auteurs, la raison prépondérante de la parotidite par infection de voisinage.

§ 3

Résumé pathogénique. — Les parotidites post-opératoires ne constituent un groupe isolé et spécifique ni par leurs causes ni par leurs manifestations. Leur groupement sous ce titre est dû à leur intérêt clinique, et le terme de post-opératoire est une épithète à valeur chronologique.

Les unes sont dues à une infection sanguine et constituent un cas de pyohémie ; la raison de la localisation anormale se confond en partie avec celle des cas suivants.

Les autres sont dues à une infection ascendante à point de départ buccal ; elles comprennent les cas bénins, et constituent à peu près les trois-quarts des cas publiés. Leur

relations avec l'acte opératoire sont dues non pas tant à l'acte opératoire lui-même, mais à l'ensemble des circonstances pathologiques et défectueuses qu'il suppose et qu'il provoque. Nous relèverons ici ces circonstances dans un tableau dont nous empruntons l'idée à Morel :

I. *Causes mécaniques* : Affaiblissant la défense parotidienne.

Par déshydratation organique.	Purgation.
	Jeûne.
	Hémorragie opératoire.
Par inhibition secrétoire.....	Régime liquide.
	Émotivite.
	Agent anesthésique.
	Réflexes.
	Phénomènes sympathiques (?).
	État de Shock.
	Morphine.

II. *Causes septiques :* Renforçant la virulence buccale.

Dans l'anesthésie.....	Ouvre-bouche.
	Pince à langue.
	Tampons montés.
Après l'acte opératoire.....	Vomissements.
	Régime lacté.
	Constipation.
	Manque de soins buccaux.

Ce qui montre bien comme l'acte opératoire joue un rôle minime dans la production des parotidites, c'est que si un certain nombre des conditions ci-dessus sont réunies, la parotidite peut se produire *sans qu'il y ait opération.*

Les cas observés sont relatifs, par exemple, à une appendicite « que l'on met au régime lacté pour l'opérer dans quelques jours », à une cirrhose du foie que l'on guérit à deux

reprises par le régime lacté, mais au prix d'une parotidite chaque fois (1), à des ulcères simples de l'estomac traités par la suppression absolue de l'alimentation buccale (Reichmann) (2).

Nous en citerons ici deux cas à titre d'exemple, ils sont empruntés au mémoire de MM. Soubeyran et Rives :

Observation XXI. — (Tédenat). — *Kyste suppuré de l'ovaire. Torsion du pédicule. Appendice adhérent et suppuré. Parotidite bilatérale. Laparotomie. Guérison.*

Thérèse S..., 28 ans, est conduite à l'hôpital Suburbain le 2 mai 1898. Depuis 8 jours, ventre ballonné, vomissements, langue sèche, pouls à 100-120. Depuis 2 jours, *douleurs et tuméfaction des régions parotidiennes.* L'exploration rendue difficile par le ballonnement douloureux du ventre fait découvrir une tumeur du volume des deux poings, située au-dessus de l'utérus qui est en rétroversion et abaissé.

3 mai. — Laparotomie, adhérences molles récentes. Kyste dermoïde suppuré avec torsion du pédicule. L'appendice suppuré adhère au kyste. Kyste et appendice sont excisés.

Grâce à des lavages de la bouche et à des pressions méthodiques sur les parotides la tuméfaction diminue rapidement. En 4 jours, elle avait disparu. Guérison avec un petit abcès au bord de l'incision pariétale. — *L'expression des parotides donnait dans le canal de Sténon du mucus grisâtre et puriforme.*

---

(1) Voir le détail dans Morel. *Loco citato.*

(2) Carnot, in *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique.* Fascicule XX, page 37.

Observation XXII. — (Tédenat). *Ibidem.* — *Double pyosalpynx. Collection purulente du Douglas. Etat fébrile datant de 3 semaines.— Muguet. Parotidite droite. Bouche édentée, fétide. Castration totale par voie vaginale, Guérison.*

Maria C.., 31 ans, réglée à 13 ans, souffre du ventre, de la région sacrée depuis l'âge de 20 ans, jamais de grossesse, règles abondantes pendant 8 ou 10 jours, leucorrhée. Curettage fait à Nîmes, il y a 5 mois. Il paraît avoir aggravé la douleur. La malade entre à la salle Desault, le 5 décembre 1899. Depuis le 10 novembre, perte d'appétit, douleurs plus vives de temps en temps, petits frissons. Depuis une dizaine de jours, bouche sèche, *douleurs à l'angle des mâchoires, surtout à droite où existe une tuméfaction considérable.* La malade ne peut écarter les dents de plus de 1 centimètre. Dents ébréchées, cariées. Quelques îlots de muguet. Haleine fétide.

Saillie fluctuante dans le cul-de-sac postérieur, utérus porté en avant. Sur ses côtés on sent les annexes tuméfiées, douloureuses. Etat fébrile grave. Du 6 au 12 décembre, la bouche est lavée cinq ou six fois dans les 24 heures avec une solution de lysol ; *la tuméfaction de la parotide diminue rapidement* ; le muguet disparaît.

13 décembre. — Hystérectomie et salpingectomie par voie vaginale.

Pinces à demeure. Guérison rapide et sans accident ; la malade quitta l'hôpital le 21 janvier.

Si l'opération avait été faite quelques jours plus tôt toutes choses égales d'ailleurs on aurait eu des parotidites post-opératoires et cependant l'acte opératoire n'aurait été pour rien dans leur production.

CHAPITRE VIII

Prophylaxie. — Traitement

Notre travail serait vain, s'il ne nous conduisait pas à des conclusions pratiques relatives à la prophylaxie et au traitement des parotidites post-opératoires. Mais ces conclusions se déduisent facilement du chapitre précédent.

Nous ne possédons pas de moyens d'action sur les processus réflexes et humoraux s'ils existent, mais nous disposons de moyens efficaces contre l'invasion microbienne du canal de Sténon.

A l'élément « *déshydratation organique* » nous opposerons la limitation stricte de la période de diète pré et post-opératoire. Les malades seront autorisés à boire — à petites gorgées — dès le soir de l'intervention, et nous ne craindrons point tant l'alimentation liquide le jour même avant l'opération puisqu'on a préconisé l'absorption d'un demi-verre d'eau tiède immédiatement avant l'anesthésie pour éviter les vomissements ultérieurs. Nous emploirons également les lavements de sérum artificiel : moyen excellent de calmer la soif des malades qu'une raison quelconque empêche d'alimenter par la bouche, et véhicule parfait pour certains médicaments comme le sulfate de strychnine par exemple (Tédenat). Naturèllement les injections de sérum artificiel dans l'hypoderme sont une chose excellente contre la déshydratation organique.

Contre l'*acrinie parotidienne* on a proposé l'usage de « masticatoires » substances pâteuses et élastiques plus ou moins

solubles et parfumées dont l'usage réveille la sécrétion parotidienne tant par leur sapidité que par les mouvements masticatoires qu'ils provoquent.

Contre l'élément essentiel enfin, contre l'*état septique de la bouche*, nous mettons en œuvre une série de petits moyens qu'il est indispensable de ne pas mépriser et de ne pas négliger.

Il faut que la bouche d'un opéré et d'ailleurs de tout malade soit systématiquement lavée à plusieurs reprises chaque jour, on le fait pour les typhiques, il faut généraliser cela à tous les malades. On débarrassera mécaniquement la langue de ses saburres, les gencives et les lèvres de leurs fuliginosités ; les dents seront brossées ; elles devraient l'être au moins une fois par jour ! Comme dentifrice on emploiera n'importe quel antiseptique de bon goût : eau de Botot, thymol, lysol corrigé par l'essence de girofles ; ce qu'il faut c'est l'action tant mécanique qu'antiseptique du rince bouche.

Par ces moyens, et si l'on veille à ce qu'ils soient scrupuleusement appliqués, les malades se trouveront mieux à tous les points de vue et la prophylaxie de la parotidite, comme de la stomatite, sera ainsi faite à peu près sûrement.

Mais supposons que la parotidite se soit déclarée ; quelle conduite devons-nous tenir ?

Au début, dès qu'il y a gonflement et douleur, il faut : 1° appliquer rigoureusement l'hygiène buccale ci-dessus indiquée ; 2° faire sur la région parotidienne un pansement humide, tiède, au moyen de compresses imbibées d'eau salée ou bicarbonatée.

Quand l'inflammation ne cède pas on cherche si l'on a affaire à une parotidite canaliculaire. Dans ce cas nous pratiquerons deux ou trois fois dans la journée l'expression méthodique de la glande et du canal de Stenon. Cela provoque l'écoulement de pus dans la bouche. Dans l'intervalle des séances on maintiendra des pansements humides.

Si, au contraire, l'expression ne ramène pas de pus par le canal du Sténon, il ne faut pas la continuer, l'inflammation est périacineuse, elle est souvent compliquée d'adéno-phlegmon intraglandulaire. Dans ce cas, il faut traiter la parotidite comme un adéno-phlegmon. Instituez un traitement général tonifiant, surveillez l'évolution du gonflement. Quand l'œdème décèlera le pus en quelque point, et sans attendre la fluctuation souvent trop tardive on incisera profondément. On évitera de sectionner le canal de Sténon ou les principales branches du facial en faisant des incisions horizontales.

Quant aux diverses complications dont nous avons parlées, chacune réclame un traitement spécial sur lequel nous n'avons pas lieu de nous étendre ici.

CONCLUSIONS

I. La parotidite post-opératoire n'est pas spécifiquement distincte des parotidites secondaires médicales ; elle s'en rapproche par sa pathogénie, se confond avec elles par sa symptomatologie et son traitement.

II. Elle succède à une intervention chirurgicale, très souvent gynécologique, apparaît dans les premiers jours, est souvent bilatérale. Elle est unie ou bilatérale, catarrhale simple, supurée canaliculaire ou suppurée phlegmoneuse.

III. Des théories pathogéniques qui se proposent d'en éclairer le mécanisme, il faut retenir : 1° que la parotide est plus vulnérable dans la période post-opératoire à cause de l'état de déshydratation organique actuel et de l'état d'hypofonctionnement qu'elle présente ; 2° que la vraie raison de l'infection parotidienne est dans l'état septique de la bouche des opérés.

IV. Une surveillance exacte de l'état buccal de tout opéré et de tout malade s'impose, avec soins antiseptiques si l'on veut éviter, outre beaucoup d'inconvénients plus fréquents, la production d'une parotidite post-opératoire.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 décembre 1908.
Le Recteur,
Ant. Benoist.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 décembre 1908.
Le Doyen,
Mairet.

BIBLIOGRAPHIE

Addenbrooke.— The Lancet 1900, page 1873.

Benoit.— Thèse de Paris 1902, n° 157.

Bossert.— Thèse de Paris 1903 : *Parotidites infectieuses.*

Bowe.— *Parotitis following appendectomy*, Annals of surgery, nov. 1905.

Bucknall.— The Lancet, 1905, page 1158.

Buntz.— American journal of médical science, mai 1904.

Carnot.— *Maladies des glandes salivaires*, in traité de Brouardel et Gilbert.

Chavannaz.— Journal de Médecine de Bordeaux, octobre 1905.

Claisse et Dupré.— Soc. de Biologie, 1894.
— Archives de Médecine expérimentale, 1894.

Comptes-rendus de la Société de Chirurgie.— Octobre-décembre, 1907.

Condamin. — Société de Chirurgie de Lyon, 1903. (Voir dans la Revue de Chirurgie.)

Diaz.— Thèse de Paris, 1893.

Dyball.— Annals of Surgery, décembre 1904.

Elder.— The Lancet, 1901.

Jefferis.— The Lancet, 12 déc. 1903.

Laüenstein.— Voir Semaine médicale, 13 nov. 1907.

Le Dentu. — Archives Générales de Médecine, mars 1903.

Linossier.— Société médicale des Hôpitaux (Bulletin), nov. 1906.

Macnaughton-Jones.— British gynœcological Society, 13 juillet 1905.

Mattweff.— Annales de Gynécologie, 1885.

Mauclaire.— In article de Soubeyran et Rives, observations inédites.

Morel.— Progrès médical, mars 1906.
— Société de Biologie, 8 nov. 1907.
— Thèse de Paris, 1907-1908, n° 51.

Moricke.— Zeitz. f. Geburkh. u. gynœkol; Stuttgard, 1880.

Paget.— The Lancet, 17 avril 1886.

Pellé.— Thèse de Bordeaux, 1906-1907, n° 43.

Pichevin.— Semaine gynécologique, 1902.

Reboul.— Société de chirurgie, 1903.

Rives.— Gazette des Hôpitaux, 20 juin 1908.

Roque.— Maladies de la Bouche, in traité de Brouardel et Gilbert.

Soubeyran et Rives.— Archives Générales de Chirurgie, mai 1908.

Tédenat.— In mémoire précédent: Observations inédites.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!